

Solicitud de Asistencia en Wyoming



Esta solicitud se puede usar para solicitar Asistencia Temporal para Familias con Necesidades (TANF, por sus siglas en inglés), conocida como Oportunidades Personales con Responsabilidades Laborales (POWER, por sus siglas en inglés), Asistencia con el Cuidado Infantil, el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés), EqualityCare (Medicaid), y Kid Care CHIP.

CÓMO SOLICITARLA

Favor de leer todas las preguntas con cuidado y de completar cada sección según usted sepa. Favor de escribir sus respuestas en letra de molde y de firmar la solicitud usando tinta oscura. Otra persona puede ayudarle a completar la solicitud.

Entregue la solicitud en persona, por fax, o por correo a su oficina de servicio local del Departamento de Servicios Familiares (DFS, por sus siglas en inglés) después de completarla. Una entrevista se puede requerir para completar el proceso de solicitud. La dirección y el teléfono de su oficina de servicio local del DFS se pueden encontrar en la lista que se puede localizar al visitar <http://dfsweb.state.wy.us/dfs/dfs-in-your-community.html> o al llamar al 1-800-457-3659.

Es necesaria la verificación de alguna de la información en esta solicitud respecto a cada persona que sea solicitante.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Al firmar esta solicitud, usted declara que entiende lo siguiente:

ESTADO DE CIUDADANÍA/INMIGRACIÓN

Por mi firma certifico que el estado de ciudadanía/inmigración es cierto respecto a cada solicitante. Si solicito solamente beneficios por medio de un seguro médico y/o beneficios relacionados con el Cuidado Infantil, no tengo que proporcionar información sobre el estado de ciudadanía o inmigración de los miembros que no soliciten beneficios. Reconozco que mi expediente se mantendrá de forma confidencial y sólo se revelará con los motivos autorizados por la ley federal y estatal. La información proporcionada por mí en esta solicitud con respecto a los solicitantes de POWER y SNAP se puede compartir con el departamento de Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los EEUU (USCIS, por sus siglas en inglés) conocido anteriormente como el Servicio de Inmigración y Naturalización (INS, por sus siglas en inglés).

AUTORIDAD PARA REQUERIR EL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:

Los Números de Seguro Social (SSN, por sus siglas en inglés) se requieren solamente para los individuos que de hecho recibirán beneficios por medio de SNAP, POWER, o EqualityCare. Los SSN no se requieren para recibir beneficios relacionados con el Cuidado Infantil. Los SSN se usarán en la administración de los programas de asistencia pública para comprobar la identidad de los miembros del hogar como medio de prevención contra la participación duplicada. Los SSN también se usarán en las revisiones y/o auditorías para asegurar que su hogar tenga derecho a estos programas. Los SSN proporcionados en esta solicitud se pueden compartir con el USCIS respecto a los solicitantes de POWER y SNAP. Si usted o un miembro del hogar no tienen sus propios SSN, el DFS le puede ayudar a solicitar uno. Ley de la Privacidad de 1974 (Privacy Act of 1974); Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 (Title VI of the Civil Rights Act of 1964).

DERECHOS CIVILES:

De acuerdo con la ley federal, y con las políticas del Departamento de Agricultura de los EEUU (USDA, por sus siglas en inglés) y del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés), se le prohíbe al DFS discriminar a base de la raza, del color, género, de la edad, de una discapacidad, la religión, del origen nacional, o de la opinión política. Para denunciar la discriminación, póngase en contacto con el DFS y/o el USDA Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C., 20250-9410, al (202) 720-5964; o el HHS Director, Office of Civil Rights, Room 506F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C., 20201, al 1-800-368-1019 sin coste o al 1-800-537-7697 (TTY); o el HHS Regional Manager, Office of Civil Rights, 1961 Stout Street, Room 1426, Denver, CO 80294, al 1-800-368-1019 sin coste o al 303-844-3439 (TTY).

VERIFICACIONES REALIZADAS ENTRE SISTEMAS INFORMÁTICOS:

La información proporcionada por usted se comprobará mediante el uso de una computadora y los SSN. Vamos a comparar lo que nos informe usted con la información mantenida por las agencias tales como el Departamento de Empleo, la Hacienda Pública (IRS, por sus siglas en inglés), la Administración de Seguro Social, el Registro Civil (Vital Statistics), la Oficina de Compensación de Trabajadores, el Departamento de Transporte, la Oficina de Ejecución de Obligaciones de Manutención, y el Departamento de Hacienda. Todas las personas en su hogar que soliciten beneficios se incluirán en las verificaciones realizadas entre sistemas informáticos. A las fuentes ajenas y/o a los miembros de su hogar se les pedirá que verifiquen la otra información. La información recibida puede afectar su elegibilidad y sus beneficios. EqualityCare: Social Security Act § 1137, POWER: P.L. 104-193, as amended, W.S. 42-2-102, 42-2-103, 42-2-104, 42-2-106, ARW POWER, Chapter 1; SNAP: 7 CFR 272.8 and .11, 7 CFR 273.2, 7 CFR 273.16 and 7 CFR 273.18.

REVELACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL:

Sujeto a ciertas excepciones limitadas, la información proporcionada por usted se mantendrá de forma confidencial. Información se les puede revelar a las otras agencias federales y estatales por su revisión de oficio y a las autoridades policiales a efectos de detener las personas que se huyan de las autoridades. A efectos de la administración de la ley de Wyoming de Asistencia y Servicios, el DFS, o el Departamento de Salud de Wyoming (WDH, por sus siglas en inglés) están facultados para revelar información limitada al nombre, al SSN, al importe de pagos, a los cargos por servicios, a la fecha de servicios y a los servicios proporcionados que estén relacionados con los pagos hechos por EqualityCare bajo esta Ley que correspondan al receptor (“información sobre pagos de asistencia”). Cualquier agencia estatal, asegurador, plan médico colectivo, organización de asistencia médica, u otra entidad semejante deberá, a petición del WDH, revelar la misma información limitada. Una violación de estos requerimientos de confidencialidad es un “delito menor (fechoría) sujeto a un castigo de encarcelamiento por no menos de seis meses, a una multa de no más de setecientos cincuenta dólares (\$750), o a ambos.” W.S. 42-4-112(c)

El DFS o el WDH están facultados para revelar la información proporcionada por usted, sin su consentimiento, en las siguientes circunstancias:

- 1) A las autoridades federales, estatales o locales encargadas de la administración y ejecución del reglamento del programa solicitado por usted o por medio del cual recibe beneficios. Estas autoridades están facultadas para comenzar una investigación o iniciar procedimientos civiles o penales a base de la información recibida sobre su caso.
- 2) A un tribunal, a un juez, o a otro foro administrativo-jurídico, pero solamente cuando la información se requiera en un procedimiento civil o penal.
- 3) Información acerca de la elegibilidad de un menor se puede revelar a la madre/al padre sin custodia del menor. En el caso de tener usted una orden de restricción que prohíba la revelación de esta información, favor de proporcionar una copia de la orden con su solicitud. W.S. 20-2-201(e)

AUDIENCIA ADMINISTRATIVA:

En el caso de creer usted que nuestra decisión de denegar, modificar, o reducir sus beneficios es incorrecta, tiene el

derecho de pedir una conferencia con el WDH o con su oficina de servicio local del DFS. En el caso de seguir en desacuerdo después de la conferencia, tiene el derecho de pedir una audiencia administrativa con la oficina de servicio local del DFS. Se puede pedir una audiencia SNAP verbalmente o por escrito y una conferencia informal es opcional y de ninguna manera retrasará o sustituirá al proceso de audiencias justas. Con la excepción de los pagos hechos por medio de POWER y los que estén relacionados con el Cuidado Infantil, si usted pide la audiencia administrativa dentro de 10 días de haberse notificado, la modificación o reducción no surtirá efectos hasta que la audiencia administrativa se haya celebrado y una decisión se haya hecho. Si no pide una audiencia administrativa con respecto al Cuidado Infantil o a POWER, o a las acciones de EqualityCare dentro de 30 días, o 90 días en el caso de SNAP, su petición se denegará. La oficina de servicio local del DFS le ayudará a arreglar la conferencia local o a pedir una audiencia administrativa con el Estado. Tiene el derecho de encargar su representación a un abogado, familiar, amigo, u otra persona, o puede representar a sí mismo. Tendrá que pagar todos los costes legales si decide contratar a un abogado.

Si quiere hablar sobre nuestra decisión o hacer preguntas sobre cómo se tramita una audiencia administrativa, póngase en contacto con nosotros. También puede llamar a la Oficina de Servicios Legales para saber si está disponible el asesoramiento legal sin coste. 7 CFR 273.12; 7 CFR 273.15, 42 CFR 431 Subpart E; P.L. 104-193, as amended, W.S. 42-2-102, 42-2-103, 42-2-104, 42-2-106, 42-2-109, 42-2-112, 42-2-202, 42-2-106, ARW POWER, Chapter 1; ARW Child Care, Purchase of Service, Chapter 1

REVELACIÓN DEL EXPEDIENTE MÉDICO:

Reconozco que el WDH, Blue Cross Blue Shield of Wyoming, y/o Delta Dental of Wyoming tienen que estar facultados para obtener el expediente médico de los proveedores en el caso necesario. Por mi firma doy autorización para que el proveedor médico de mi familia revele cualquier expediente médico al WDH, Blue Cross Blue Shield of Wyoming, y/o Delta Dental of Wyoming.

RECUPERACIÓN A CARGO DEL PATRIMONIO:

El WDH buscará la recuperación de los gastos médicos pagados por el programa de EqualityCare a cargo del patrimonio de una persona que haya recibido beneficios por medio de EqualityCare con 55 o más años de edad en el caso de haber recibido ellos asistencia médica o en el caso de su hospitalización en una institución médica en el momento de recibir ellos asistencia médica.

SANCIONES DE INHABILITACIÓN:

Cualquier miembro adulto del hogar que no cumpla con estas reglas/regulaciones se puede quedar inhabilitado de recibir beneficios por medio de SNAP de acuerdo con lo siguiente:

- Se podrían iniciar procedimientos penales contra usted por haber proporcionado información falsa a sabiendas de ello y podría perder sus beneficios por doce (12) meses por la primera violación y veinte y cuatro (24) meses por la segunda violación. Posiblemente quede permanentemente inhabilitado por la tercera violación y todavía sujeto a procedimientos penales bajo los derechos estatales y federales. Lo mismo tiene aplicación a los beneficios recibidos por medio de POWER y relacionados con el Cuidado Infantil.
- Los receptores condenados por la compra de sustancias controladas (las drogas ilegales o ciertos medicamentos que requieran una receta del médico) quedarán inhabilitados por dos (2) años por el primer delito cometido y permanentemente por el segundo delito cometido.
- Los receptores condenados por la compra de armas de fuego, municiones o explosivos y que reciban beneficios por medio de SNAP quedarán inhabilitados permanentemente por el primer delito cometido.
- Los receptores condenados por haber traficado en los beneficios por un importe total de \$500 o más quedarán inhabilitados permanentemente del programa SNAP por la primera comisión de dicha violación.
- Los receptores que hagan declaraciones fraudulentas de distorsión respecto a su identidad o a su domicilio para recibir beneficios adicionales por medio de SNAP simultáneamente quedarán inhabilitados por un plazo de diez (10) años.

ADVERTENCIA:

Los trabajadores federales, estatales, o locales de los programas de asistencia están facultados para comprobar todo lo que nos diga en la solicitud. La negativa a cooperar con cualquier agencia federal o estatal puede resultar en la denegación o pérdida de beneficios. No mienta u oculte información para recibir beneficios a los que su hogar no deba recibir.

El reglamento federal de SNAP establece una multa de hasta \$250,000 y/o el encarcelamiento de un (1) año hasta veinte (20) años en el caso de intentar recibir o recibir cualquier persona beneficios por medio de SNAP a los cuales la persona o las personas no tenga(n) derecho. También se le puede prohibir el derecho al programa SNAP por diez y ocho (18) meses adicionales en el caso de ordenar lo mismo un tribunal. Él o ella también puede quedar sujeto/a a procedimientos penales iniciados en su contra bajo otras leyes federales y estatales de aplicación.

COMUNICANDO LOS CAMBIOS:

Reconozco que tengo la responsabilidad de comunicar los cambios a la información que he dado en esta solicitud para que pueda recibir los beneficios a los que tenga derecho.

Usted debe comunicar y verificar cualquier cambio inmediatamente al enterarse de él en el caso de beneficios recibidos por medio de POWER. Debe comunicar y verificar cualquier cambio dentro de diez (10) días en el caso de los beneficios relacionados con el Cuidado Infantil, y de recibir beneficios por medio de EqualityCare y SNAP.

Los siguientes son algunos ejemplos de los cambios de los que nos tendrá que informar respecto a usted y a las personas que vivan con usted:

- Ingresos
- Otras fuentes de ingresos
- Recursos/Bienes (no es necesario para los Programas de Equality Care para Familias y Menores, el programa para Individuos Empleados con una Discapacidad, y Kid Care CHIP)
- Estado como estudiante
- Arreglos de Vivienda/Dirección/Cuidado Infantil
- Seguro Médico

¿Espera usted algún cambio en lo arriba mencionado o ha ocurrida ya algún cambio al respecto? De ser así, escriba o complete y entregue un formulario de Aviso de Cambios junto con la verificación del cambio (la verificación no es necesaria en el caso de los programas de Equality Care para Familias y Menores o de Kid Care CHIP). NO PERMITA una reducción en sus beneficios o cause un pago excesivo solamente por no habernos informado del cambio. 7 CFR 271.5, 7 CFR 273.12, ARW SNAP, Chapter 1; 42 CFR 435.916; P.L. 104-193, as amended, W.S. 42-2-102, 42-2-103, 42-2-104, 42-2-106, 42-2-109, 42-2-112, 42-2-202, 42-4-106, ARW POWER, Chapter 1; ARW Child Care, Purchase of Service, Chapter 1.

USTED ES EL RESPONSABLE DE LA EXACTITUD ACERCA DE SUS BENEFICIOS. SI TIENE DUDAS SOBRE SÍ O NO DEBE COMUNICAR UN CAMBIO, ¡COMUNÍQUELO!

DÍGANOS SOBRE USTED

1. Favor de incluir la información sobre el/la solicitante en la tabla a continuación:

Apellido:		Nombre:		Inicial del segundo nombre:	
Número de Seguro Social: (No se requiere para solicitar Cuidado Infantil)		Fecha de nacimiento: / / (MM/DD/AÑO)		Sexo: (M o F)	
Dirección de su domicilio (calle, ciudad, estado, código postal):					
Dirección postal (si es diferente): (calle, apartado de correos, ciudad, estado, código postal):					
Teléfono en casa:		Teléfono celular/buzón de voz:		Teléfono laboral:	
Dirección de email:			¿Cuál es su idioma de preferencia?		
Lugar de nacimiento (Ciudad/Estado o País):			Último grado escolar completado:		
¿Actualmente vive en Wyoming? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De no ser así, fecha estimada de residencia: ____/____/____ (MM/DD/ AÑO)					
¿Es usted ciudadano/a de los EEUU? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De no ser así, incluya su número de Registro de Extranjeros: _____ Fecha de entrada en los EEUU: ____/____/____ (MM/DD/ AÑO)					
¿Es de origen étnico Hispano o Latino? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Opcional)					
Raza: <input type="checkbox"/> Indígena de los EEUU/Alaska <input type="checkbox"/> Asiático/a <input type="checkbox"/> Indígena de Hawai/Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Negro/a <input type="checkbox"/> Blanco/a					
<input type="checkbox"/> Otra, indique: _____ (Opcional)					

AVISO: Para Asistencia con el Cuidado Infantil, el estado de ciudadanía sólo se requiere para el menor que reciba el Cuidado Infantil, no para el padre/la madre que lo solicite.

FIRME Y FECHE LA SOLICITUD AQUÍ

Firma del/de la Solicitante: _____ Fecha: _____

Firma del Representante

Autorizado: _____ Fecha: _____

AVISO: Los solicitantes de SNAP tienen el derecho de presentar una solicitud incompleta siempre que contenga el nombre, la dirección, y la firma del miembro del hogar responsable o de un representante autorizado.

Marque los programas que desea solicitar. Sus ingresos y bienes/recursos posiblemente se tomen en cuenta al solicitar estos programas.

Cuidado Infantil – Asistencia con el pago del cuidado infantil mientras el padre/la madre/los padres trabaja(n), asiste(n) a un curso de capacitación laboral o a la escuela.

Servicios de ejecución de Obligaciones de Manutención (CSE, por sus siglas en inglés) – Una remisión para asistencia en localizar el padre/la madre/los padres, establecer la paternidad, ejecutar órdenes judiciales y cobrar la manutención. CSE puede ayudar en obtener cobertura económica y médica de los padres (madre o padre) que no vivan en casa y a los que se les haya ordenado o se les pueda ordenar por vía judicial que proporcionen cobertura económica o médica. Se cobrará una tarifa baja para este servicio.

Cobertura Médica – Si un menor tiene derecho a EqualityCare (Medicaid) y uno de los padres no vive en casa, podemos remitir el caso a CSE. No remitiremos los casos de menores que tengan derecho a Kid Care CHIP. Si tiene un menor que tenga derecho a Kid Care CHIP y quisiera la asistencia de CSE, favor de ponerse en contacto con ellos al 1-800-742-3096.

POWER/TANF – En el caso de recibir usted POWER y uno de los padres no viven en casa, su familia se dirigirá automáticamente a CSE. Usted debe cooperar con CSE en establecer la paternidad y en establecer y ejecutar la obligación de manutención.

Si le interesa recibir cobertura por medio de EqualityCare o POWER usted y/o sus menores y no quiere la asistencia de CSE porque su cooperación posiblemente no sirva el mejor interés de su menor (por ejemplo: una situación de violencia doméstica), puede alegar “causa justa” al respecto. Si quiere asistencia, debe presentar un reclamo de causa justa con pruebas para que podamos determinar si existe “causa justa”.

Le interesa alegar “causa justa” por no cooperar con CSE? Sí No

Al alegar “causa justa” lo mismo no afecta el derecho de su menor a EqualityCare y/o a POWER.

La falta de su cooperación con CSE lo mismo no afecta el derecho de su menor a EqualityCare o a Kid Care CHIP. Sin embargo, en el caso de elegir usted no cooperar con los esfuerzos de CSE y de no haber alegado usted “causa justa” o de denegarse su alegación de “causa justa”, no tendrá derecho a cobertura por medio de EqualityCare o a beneficios por medio de POWER. No obstante, el derecho a EqualityCare o a Kid Care CHIP de sus menores seguirá, siempre que reúnan los demás requisitos del programa.

EqualityCare – Un programa de participación mixta de los gobiernos federales y estatales que paga la asistencia médica prestada a algunos individuos y algunas familias con un bajo nivel de ingresos y necesidades médicas.

Los programas de EqualityCare para Familias y Menores ayudan con el pago de servicios de asistencia médica prestados a menores, mujeres embarazadas, y familias con menores que reúnan los criterios a base de su ciudadanía, domicilio, ingresos familiares, y a veces sus recursos y necesidades médicas.

Los Programas de EqualityCare para Ancianos, Ciegos, o Discapacitados (ABD, por sus siglas en inglés) ayudan con el pago de servicios de asistencia médica prestados a individuos que se hayan ingresado en una institución, que necesiten servicios a domicilio o comunitarios, o que tengan empleo y alguna discapacidad y que reúnan los criterios a base de su ciudadanía, domicilio, ingresos familiares, y a veces sus recursos y necesidades médicas. Los programas ABD también pueden ayudar a los individuos a pagar sus Primas de Medicare en el caso de reunirse los criterios.

Kid Care CHIP – Un Programa de Seguro Médico para Menores que proporciona un seguro médico a menores elegibles que no tengan seguro y que tengan menos de 19 años. Su solicitud se reenviará a Kid Care CHIP en el caso de la negativa de su derecho a los programas de EqualityCare para Familias y Menores por motivo de tener ingresos excesivos.

Oportunidades Personales Con Responsabilidades Laborales (POWER, por sus siglas en inglés) – Ayuda económica en efectivo para familias que cooperen con la ejecución de obligaciones de manutención y que trabajen. POWER se limita a 60 meses.

POWER–SASFA – Ayuda económica en efectivo para madres/padres sin pareja que asistan a la universidad para obtener su primera diplomatura/licenciatura o a su primer programa de capacitación vocacional.

Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés) – Beneficios para ayudarle a comprar alimentos. Los beneficios se proporcionan a partir de la fecha de solicitud. La fecha de presentación de la solicitud es diferente si el hogar se trata de una institución solicitando SNAP y SSI a la misma vez. En tal caso la fecha de presentación de la solicitud es la fecha de darse de alta de la institución.

Otro, indique: _____

Para Uso Oficial Solamente:

Fecha de Cita: _____ Nombre del/de la Trabajador/a: _____

Hora de Cita: _____

CESIÓN POR APOYO MÉDICO

Por la presente cedo mis derechos acumulados, actuales o futuros a la manutención/pensión alimenticia a favor del Estado de Wyoming como una condición de elegibilidad para POWER. Al firmar esta solicitud, reconozco que cualquier cantidad debida o pagada por concepto de manutención/pensión alimenticia a mi favor o a favor de mis niños identificados en esta solicitud se le debe entregar al DFS.

Reconozco que como una condición de elegibilidad, debo hacer una cesión por apoyo médico de acuerdo a lo siguiente:

- En el caso de que EqualityCare o Kid Care CHIP pague mis gastos médicos y de que yo reciba también dinero por los mismos gastos médicos de otra fuente, o de que otra compañía de seguros o un tercero pague los gastos médicos, debo entregar el dinero al WDH; y
- El WDH puede cobrar todos los gastos médicos de un tercero responsable, una compañía de seguros, o los fondos derivados de un acuerdo de resolución de conflictos o una sentencia; y
- Debo entregar el dinero al WDH por el 100% de los gastos médicos pagados por medio de cualquier acuerdo de resolución de conflictos o sentencia antes de que yo reciba cualquier dinero o cualesquier otros beneficios por medio del acuerdo de resolución de conflictos o de la sentencia.

HE LEÍDO Y ENTIENDO COMPLETAMENTE MIS RESPONSABILIDADES ARRIBA INDICADAS, Y RECONOZCO QUE LAS MISMAS SON UN REQUERIMIENTO PARA RECIBIR POWER, EQUALITYCARE, O KID CARE CHIP.

Firma del Solicitante/Receptor/Rep Autorizado/Familiar Encargado de Su Cuidado

Fecha

Firma de la Madre/del Padre Menor de Edad

Fecha

DECLARACIÓN

Favor de completar la sección de declaraciones si usted solicita SNAP, Cuidado Infantil o POWER.

- ¿Está usted o algún miembro de su hogar huyéndose o escapando de las autoridades para evitar algún proceso judicial, su detención, o el encarcelamiento por un delito grave o el intento de un delito grave, o por la violación de una condición de la libertad condicional o del periodo de prueba? Sí No
- ¿Hay alguna persona para la que usted solicite asistencia que se huya por motivo de su seguridad personal, o que sea víctima de la violencia doméstica o que corra un riesgo de más violencia doméstica? (No es necesario contestar para solicitar SNAP) Sí No
- ¿Se ha condenado usted o un miembro de su hogar por la venta o compra de beneficios por medio de SNAP por un importe en exceso de \$500 después del 22 de septiembre de 1996? Sí No
- ¿Se ha condenado usted o un miembro de su hogar por haber trocado beneficios por medio de SNAP por drogas después del 22 de septiembre de 1996? Sí No
- ¿Se ha condenado usted o un miembro de su hogar por el recibo fraudulento de beneficios duplicados por medio de SNAP en cualquier Estado después del 22 de septiembre de 1996? Sí No
- ¿Hay alguna persona para la que usted solicite asistencia que haya recibido beneficios de cualquier tipo en Wyoming o de algún otro estado? Sí No
Beneficios recibidos la última vez: Mes _____ Año _____ Ciudad _____ Estado _____
- ¿Hay alguna persona para la que usted solicite beneficios por medio de SNAP que sea huésped, menor colocado en guarda, o adulto colocado en guarda? Sí No
- ¿Hay algún miembro del hogar que solicite beneficios por medio de SNAP o POWER que esté de huelga? Sí No
- ¿Hay algún miembro del hogar que solicite beneficios por medio de SNAP con alguna discapacidad? Sí No
- ¿Queda usted o algún miembro del hogar actualmente inhabilitado, o ha quedado usted o algún miembro del hogar inhabilitado en el pasado, para el programa SNAP por haber dado información incorrecta a un trabajador social o por no haber dado información a un trabajador social la que afectaba el derecho a o los beneficios por medio de SNAP? Sí No
- ¿Se ha condenado usted o un miembro de su hogar por haber trocado beneficios por medio de SNAP por armas, municiones, o explosivos después del 22 de septiembre de 1996? Sí No

Yo certifico bajo pena de perjurio que todas las respuestas, incluida la información concerniente el estado de ciudadanía o como extranjero de los miembros que solicitan beneficios, son verdaderas y correctas y consiento en dar información en el caso necesario para verificar cualesquier declaraciones hechas en este formulario. Reconozco que las respuestas que he dado en la presente pueden resultar en cambios a mis beneficios incluyendo una cantidad reducida de beneficios y pagos o incluso ningún beneficio o pago. Reconozco que la información dada por mí en relación con esta solicitud de beneficios estará sujeta a verificación por los funcionarios federales, estatales y locales para determinar si dicha información es cierta de hecho y que en el caso de ser incorrecta alguna información los beneficios se pueden denegar, y se pueden iniciar en mi contra procedimientos penales por haber dado información incorrecta a sabiendas de ello. Con respecto a los beneficios por medio de SNAP, tengo entendido que mi solicitud se mantendrá en el expediente por 30 días. En el caso de no asistir a una entrevista programada o de no proporcionar información solicitada lo mismo puede resultar en la denegación de mi solicitud.

Firma: _____ Fecha: _____

AYÚDENOS A DETERMINAR SI PUEDE RECIBIR BENEFICIOS POR MEDIO DE SNAP DENTRO DE SIETE DÍAS

Si usted solicita SNAP, al completar esta sección le puede servir para recibir beneficios dentro de siete días:

2. ¿Es usted trabajador emigrante o trabajador agrícola estacional? Sí No
3. ¿Cuántos serán los ingresos totales ganados por empleo que recibirá su hogar este mes antes de restar los impuestos (brutos)? \$ _____
4. ¿Cuántos serán los ingresos totales pasivos o no ganados por empleo u otro dinero que recibirá su hogar este mes? \$ _____
5. Cantidad total de recursos líquidos disponibles (dinero en efectivo, cuentas corrientes y de ahorros):
\$ _____
6. ¿Qué es la cantidad de alquiler mensual, alquiler de terreno y/o hipoteca residencial pagada por su hogar?
\$ _____ (total)
7. Marque todos los servicios públicos que tiene que pagar:
 Calefacción Aire acondicionado Luz Teléfono Agua Alcantarilla Basura
¿Reciben los miembros del hogar asistencia para la calefacción (LIEAP)? Sí No
8. ¿Tiene tarjeta EBT (Wyoming Electronic Benefit Transfer) por SNAP? Sí No

Por Uso Exclusivo de la Agencia –Fórmula Acelerada

Step 1	Step 2	SUA – Any of the following:	UO – Two of the following:
Monthly Income is below \$150/Month and liquid resources are below \$100, then expedite	A. Rent/Mortgage \$ _____ B. Appropriate Utility Standard \$ _____ C. Monthly Gross Income + Liquid Resources \$ _____ If A + B is greater than C then expedite	<ul style="list-style-type: none"> • Heating • Cooling • LIEAP 	<ul style="list-style-type: none"> • Water • Sewer • Garbage • Electric • Telephone
Was the screening for expedited service completed? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Worker Initials: _____	
Is the household eligible for expedited service? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Case Number: _____	
Was the Identity of the applicant verified? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Date Received: _____	

AYÚDENOS A DETERMINAR SI PUEDE RECIBIR EL CUIDADO INFANTIL MIENTRAS TRAMITAMOS SU SOLICITUD

9. ¿Trabajan todos los padres en el hogar o están matriculados en la escuela/un programa de capacitación vocacional? Sí No
10. ¿Cuáles son los días de la semana y cuál es el horario correspondiente en que cada madre/padre trabaja o va a la escuela/al programa de capacitación vocacional?

	Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Usted							
Otros padres							

11. ¿Cuántos serán los ingresos totales ganados por empleo que recibirá su hogar este mes antes de restar los impuestos (brutos)? \$ _____
12. ¿Cuántos serán los ingresos totales pasivos o no ganados por empleo u otro dinero que recibirá su hogar este mes? \$ _____
13. ¿Quién es su proveedor de cuidado infantil? _____
14. ¿Tiene licencia su proveedor? Sí No

DÍGANOS SOBRE LAS PERSONAS EN SU HOGAR

15. Complete la información a continuación para todas las personas que viven con usted:

Miembros del Hogar (Anote Nombre Legal) Apellido, Nombre, Inicial de Segundo Nombre ✓ si solicita Kid Care CHIP	Lugar de Nacimiento Ciudad/Estado o País	Relación Con Usted	Relación con Cónyuge/Pareja	Número de Seguro Social # (No se requiere para Cuidado Infantil)	Fecha de Nacimiento	Sexo (M o F)	Último Grado Completado	¿Viven Actualmente en Wyoming? (Sí o No) De no ser así, fecha estimada de residencia	Ciudadano/a de los EEUU (Sí o No) De no ser así, debe dar el # de Extranjero y fecha de entrada	Hispano o Latino (Sí o No) Opcional	Raza (Use los códigos abajo indicados) Opcional
<input type="checkbox"/> _____ _____		<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja	X								
<input type="checkbox"/> _____ _____		<input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Hijastro/a <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Hijastro/a <input type="checkbox"/> _____								
<input type="checkbox"/> _____ _____		<input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Hijastro/a <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Hijastro/a <input type="checkbox"/> _____								
<input type="checkbox"/> _____ _____		<input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Hijastro/a <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Hijastro/a <input type="checkbox"/> _____								

*AI – Indígena de EEUU/Alaska AP – Asiático/a HP – Indígena de Hawai/Isla del Pacífico BL – Negro/a WH – Blanco/a
 O – Otra, indique: _____

* El código corresponde a las siglas en inglés

AVISO: Miembros del hogar adicionales se pueden incluir en la página 16 de la solicitud.

16. Respecto a cualquier menor con menos de 18 años, identificado en #15, ¿hay una madre/un padre que no viva con usted? Sí No

De ser así, nombre(s) del/de los menor(es) _____

Nombre de la madre/del padre/de los padres que no viva(n) con usted: _____

¿Es usted la madre/el padre con custodia? Sí No

17. Si solicita EqualityCare o Kid Care CHIP, respecto a cualquier menor con una madre/un padre con custodia identificada/o en #15, ¿vive el/los menor(es) con la madre/el padre al menos el 50% del tiempo? Sí No

De ser así, nombre(s) del/de los menor(es): _____

18. Si solicita POWER, respecto a cualquier menor con una madre/un padre con custodia identificada/o en #15, ¿vive el/los menor(es) con la madre/el padre al menos el 51% del tiempo? Sí No

De ser así, nombre(s) del/de los menor(es): _____

INFÓRMENOS SOBRE LOS BIENES/RECURSOS DE SU HOGAR

Aviso: No tiene que completar esta sección si usted solicita el Cuidado Infantil, los programas de EqualityCare para Familias y Menores, o Kid Care CHIP.

Bienes/Recursos – Información sobre vehículos se debe incluir en la siguiente sección.

19. Marque la casilla correspondiente a los bienes/recursos poseídos o poseídos conjuntamente por los miembros del hogar, o cuya compra por parte de los miembros del hogar esté pendiente.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Anualidades | <input type="checkbox"/> Seguro de Vida |
| <input type="checkbox"/> Bienes Poseídos Conjuntamente con Otra Persona | <input type="checkbox"/> Cuenta Individual Monetaria para Indios |
| <input type="checkbox"/> Parcelas Funerarias | <input type="checkbox"/> Propiedad Vitalicia/Usufructo Vitalicio |
| <input type="checkbox"/> Artículos Funerarios (Ataúd/Cajón, Cripta, Marcador, etc.) | <input type="checkbox"/> Derecho de Explorar Minas (Petróleo, Gas, Gravera, Carbón, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Cuentas Comerciales | <input type="checkbox"/> Pagarés o Contratos de Compraventa con Reserva de Dominio |
| <input type="checkbox"/> Existencias o Inventarios/Equipos Comerciales | <input type="checkbox"/> Planes Funerarios Prepagados |
| <input type="checkbox"/> Dinero en Efectivo | <input type="checkbox"/> Bienes Inmuebles (Terreno, Casa, Edificios, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Certificados de Depósito | <input type="checkbox"/> Fondos de Pensión (IRA/Keogh/401K) |
| <input type="checkbox"/> Cuentas Corrientes/con una Cooperativa de Ahorros y Crédito | <input type="checkbox"/> Caja de Seguridad |
| <input type="checkbox"/> Equipos Agrícolas, Ganado, Grano Almacenado | <input type="checkbox"/> Bonos de Ahorro |
| <input type="checkbox"/> Casa/Casa Móvil (No Ocupada por El Dueño) | <input type="checkbox"/> Cuentas de Ahorro/con una Cooperativa de Ahorros y Crédito |
| <input type="checkbox"/> Casa/Casa Móvil (Ocupada por El Dueño) | <input type="checkbox"/> Acciones/Bonos/Fondos Mutuales |
| <input type="checkbox"/> Herramientas/Equipos Cuyo Uso Genere Ingresos | <input type="checkbox"/> Fideicomisos |
| <input type="checkbox"/> Cuenta de Inversión en el Mercado Monetario | <input type="checkbox"/> Fideicomisos de Participación Común |
| <input type="checkbox"/> Cuenta con una Casa de Reposo | <input type="checkbox"/> Fideicomiso Para Necesidades Especiales |
| <input type="checkbox"/> Otros, indique: _____ | |

INFÓRMENOS SOBRE LOS INGRESOS/EL DINERO RECIBIDO(S) POR SU HOGAR

Aviso: Se requiere para todos los programas.

Ingresos Pasivos u Otro Dinero Recibido(s)

21. La siguiente es una lista de los diferentes tipos de ingresos pasivos. Marque la casilla correspondiente a cada tipo de ingresos pasivos u otro dinero recibido(s) por los miembros del hogar.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asistencia de la Oficina de Asuntos Indígenas /Dirección General Tribal | <input type="checkbox"/> Ingresos por Alquiler Recibido |
| <input type="checkbox"/> Ganancias de Bingo/Juegos de Azar | <input type="checkbox"/> Hipoteca Inversa |
| <input type="checkbox"/> Ingresos Caritativos | <input type="checkbox"/> Beneficios de Seguro Social - Sobreviviente |
| <input type="checkbox"/> Dinero Por Concepto de Manutención | <input type="checkbox"/> Beneficios de Seguro Social - Discapacidad |
| <input type="checkbox"/> Contrato de Compraventa con Reserva de Dominio | <input type="checkbox"/> Beneficios de Seguro Social - Pensión |
| <input type="checkbox"/> Ingresos Educativos (Asistencia Económica) | <input type="checkbox"/> Beneficios de Seguro Social – Otro tipo |
| <input type="checkbox"/> Ingresos Recibidos de Tribus | <input type="checkbox"/> Pensión Alimenticia |
| <input type="checkbox"/> Ingresos Recibidos de un Huésped | <input type="checkbox"/> Acciones/Bonos/Intereses/Dividendos Recibidos |
| <input type="checkbox"/> Fondos Tribales, Per Cápita | <input type="checkbox"/> Suplemento del Seguro Social (SSI) |
| <input type="checkbox"/> Acuerdos con Compañías de Seguro/de resolución de Conflictos | <input type="checkbox"/> TANF/POWER |
| <input type="checkbox"/> Dinero Recibido de Amigos, Familiares, u Otros | <input type="checkbox"/> Beneficios de Desempleo |
| <input type="checkbox"/> Derechos Por la Explotación Petrolera/de Minas | <input type="checkbox"/> Beneficios para Veteranos/Militares |
| <input type="checkbox"/> Beneficios de Pensión/Jubilación | <input type="checkbox"/> Compensación de Trabajadores |
| <input type="checkbox"/> Beneficios de Pensión Ferroviaria | |
| <input type="checkbox"/> Otros, indique: _____ | |

Para todo lo marcado arriba, llene las casillas correspondientes a continuación:

Tipo de Ingresos Pasivos u Otro Dinero Recibido(s)	Miembro del Hogar	Frecuencia Con Que Se Recibe	Cantidad Recibida Último Mes	Cantidad Recibida Este Mes

Empleo

22. ¿Tienen empleo algunos de los miembros del hogar? Sí No De ser así, para todos los miembros del hogar los menores incluidos, anote la información respecto a lo ganado del empleo, como salarios, comisiones, bonificaciones (plus), e incentivos:

Recuerde: El salario bruto se trata de su salario antes de restar impuestos y deducciones, NO es el salario que se lleva a casa.

Miembro del Hogar	Empleador	Horas Trabajadas Por Semana	Salario por Hora	Salario Último Mes	Salario Este Mes	Cantidad de Propinas	Cantidad de Propinas	Fecha de Próxima Nómina	Frecuencia de Nóminas	Día de Semana del Pago de Nóminas
				Antes de Impuestos y Deducciones (Bruto)	Antes de Impuestos y Deducciones (Bruto)	Último Mes	Este Mes		Use los Códigos Abajo	

Códigos Para Frecuencia de Nóminas:
 **M – Mensual 2X – Dos Veces al Mes W – Semanal EX – Cada 2 Semanas Otra, indique: _____
 Códigos Para el Día del Pago de Nóminas:
 L – Lunes M – Martes Mi – Miércoles J – Jueves V – Viernes S – Sábado D – Domingo
 **El código corresponde a las siglas en inglés

23. ¿Ha recibido cualquier miembro del hogar dentro del último año alguna comisión, bonificación (plus), propina, o algunos incentivos aparte de lo arriba indicado? Sí No De ser así, anote el/los nombre(s) del/de los miembro(s) del hogar: _____
 _____, fecha recibida: ____/____/____ (MM/DD/AÑO),
 importe: \$ _____, tipo de ingresos: _____

24. ¿Espera o ha recibido usted o cualquier miembro del hogar un pago por única ocasión (por ejemplo de un acuerdo de resolución de conflictos, una herencia, o por concepto del pago retroactivo, etc.)? Sí No
 De ser así, ¿quién recibió el pago? _____, fecha de recepción del pago:
 ____/____/____ (MM/DD/AÑO), importe: \$ _____, ¿de quién se recibió el pago?

Autoempleo

25. ¿Trabaja algún miembro del hogar por cuenta propia? Sí No De ser así, anote una lista del/de los miembro(s) del hogar:
 _____, nombre(s) y tipo de negocio: _____,
 fecha de comienzo del negocio: ____/____/____ (MM/DD/AÑO)

26. ¿Se le paga al miembro del hogar con autoempleo un salario a sueldo regular? Sí No

De ser así, los ingresos del último mes antes de impuestos (Brutos) \$ _____, los ingresos de este mes antes de impuestos (Brutos) \$ _____

27. ¿Tiene usted gastos comerciales regulares a desembolsar? Sí No

INFÓRMENOS SOBRE LOS ESTUDIANTES EN SU HOGAR

28. Identifique en la lista cada Miembro del Hogar que sea estudiante o que esté matriculado en la escuela:

Nombre del Estudiante	Nombre de la Escuela	Edad del Estudiante	TP – Tiempo Parcial TC – Tiempo Completo	Horas Escolares Matriculadas	¿Tiene Diplomatura/Licenciatura o Certificado? S/N

FAVOR DE COMPLETAR LA SIGUIENTE SECCIÓN SI USTED SOLICITA SNAP

29. ¿Ha renunciado su trabajo o reducido sus horas/ingresos cualquier miembro del hogar dentro de los últimos 30 días? Sí No De ser así, ¿quién?

30. ¿Recibe cualquier miembro del hogar beneficios por medio del Programa de Distribución Alimentaria en alguna Reserva de Indios (FDPIR, por sus siglas en inglés)? Sí No De ser así, ¿quién?: _____

31. Favor de indicar si usted o alguna persona en su hogar tiene responsabilidad para uno o más de los siguientes gastos. Para calcular los beneficios, debe indicar si elige la deducción y proporcionar las facturas, los cheques cobrados, etc. para verificar el gasto. NO podrá reclamar una deducción si ha indicado que no quiere reclamar el gasto o no quiere informar del gasto. Su solicitud se tramitará sin incluirse los gastos si no nos proporciona la verificación del gasto actual por la fecha límite correspondiente. Una vez incluidos sus gastos en el cálculo de sus beneficios mensuales por medio de SNAP, el importe de la(s) deducción(es) será el mismo durante su periodo de certificación a menos que usted informe de un cambio.

Cuidado de un Dependiente – Los gastos actuales respecto a cada menor correspondientes al cuidado del dependiente y a los gastos razonables de transportar a un menor a y de la guardería se pueden deducir de los ingresos familiares por SNAP cuando el cuidado es necesario. Usted debe de haber desembolsado los gastos a favor de su proveedor de cuidado infantil para reclamar una deducción por el cuidado de un dependiente:

- Para buscar, aceptar, y continuar un empleo.
- Para asistir a o continuar con un programa de educación preparatorio para un empleo.

No tenemos este gasto.

Tenemos este gasto y queremos reclamar la deducción. Importe: \$ _____

Tenemos este gasto y no queremos reclamar la deducción.

Tenemos gastos de millaje a reclamar (millas recorridas) Número de millas: _____

¿Ayuda con el pago de este gasto alguna persona ajena de su hogar? Sí No De ser así, ¿quién?:

_____ ¿y cuánto pagan? \$ _____

Alojamiento – Los gastos de alojamiento permisibles incluyen: alquiler, alquiler de terreno, primera y segunda hipoteca, otros gastos incurridos en la adquisición de un alojamiento, y los impuestos sobre la propiedad y la seguridad.

Alquiler Alquiler de Terreno 1ª Hipoteca 2ª Hipoteca Otro

No tenemos este gasto.

Tenemos este gasto y queremos reclamar la deducción. Importe: \$ _____

Tenemos este gasto y no queremos reclamar la deducción.

¿Ayuda con el pago de este gasto alguna persona ajena de su hogar? Sí No De ser así, ¿quién?:

_____ ¿y cuánto pagan? \$ _____

Servicios Públicos – Los gastos relacionados con los servicios públicos incluyen: gastos de calefacción o aire acondicionado, luz, cocina, combustible, agua, etc., y gastos telefónicos básicos.

Cocina Combustible Agua Teléfono/Celular Otro

No tenemos este gasto.

Tenemos este gasto y queremos reclamar la deducción. Importe: \$ _____

Tenemos este gasto y no queremos reclamar la deducción.

Recibimos LIEAP.

¿Ayuda con el pago de este gasto alguna persona ajena de su hogar? Sí No De ser así, ¿quién?:

_____ ¿y cuánto pagan? \$ _____

Pagos de Manutención – Los pagos de manutención debidamente obligados, los cuales pueden incluir los saldos retrasados o los pagos a favor de un tercero, tales como los gastos por concepto de alquiler y/o médicos.

No tenemos este gasto.

Tenemos este gasto y queremos reclamar la deducción. Importe: \$ _____

Tenemos este gasto y no queremos reclamar la deducción.

¿Ayuda con el pago de este gasto alguna persona ajena de su hogar? Sí No De ser así, ¿quién?:

_____ ¿y cuánto pagan? \$ _____

Gastos Médicos – Disponible sólo para los individuos con más de 60 años de edad o los individuos que reciban pagos por concepto de SSI/SSD/Discapacidad de alguna otra agencia del gobierno por una discapacidad permanente de acuerdo con la Ley de Seguro Social. Los gastos médicos en exceso de \$35 los cuales no se hayan reembolsado, incluidos (marque cualesquier que le apliquen a usted):

Gastos médicos y dentales, incluyendo los servicios de terapia psicológica y rehabilitación

Hospitalizaciones, atención a nivel ambulatorio en el hospital, atención de reposo, atención individualizada

Medicamentos, equipos, dentaduras, audífonos, protética, lentes, cuando sean prescritos o recetados por un médico clínico u otro profesional médico certificado

Seguro médico

Animales de servicio

Alojamiento y transporte relacionado con un motivo médico

Gastos de alojamiento y transporte razonablemente incurridos para obtener asistencia médica, dental, y de visión

Franqueo para medicamentos y/o provisiones y equipos pedidos por correo

- No tenemos este gasto.
- Tenemos este gasto y queremos reclamar la deducción. Quién _____, Importe Mensual \$ _____
- Tenemos este gasto y no queremos reclamar la deducción.
- ¿Ayuda con el pago de este gasto alguna persona ajena de su hogar? Sí No De ser así, ¿quién?: _____ ¿y cuánto pagan? \$ _____

FAVOR DE COMPLETAR LA SIGUIENTE SECCIÓN SI USTED SOLICITA POWER

- 32. Indique todos los miembros del hogar que estén casados: _____
- 33. ¿Ha renunciado su trabajo o reducido sus horas/ingresos cualquier miembro del hogar dentro de los últimos 60 días? Sí No
De ser así, ¿quién?: _____
- 34. ¿Paga algún miembro del hogar manutención de acuerdo con una responsabilidad legal? Sí No
De ser así, ¿quién?: _____, importe mensual \$ _____
- 35. ¿Tiene usted alojamiento sin coste? Sí No
- 36. ¿Viven en un alojamiento subvencionado? Sí No

FAVOR DE COMPLETAR LA SIGUIENTE SECCIÓN SI USTED SOLICITA EQUALITYCARE O KID CARE CHIP

- 37. ¿Está usted o alguien identificada en #15 (página 6,) embarazada? Sí No De ser así, favor de contestar las siguientes preguntas:
 - a. Nombre(s) de la(s) persona(s) embarazada(s): _____
 - b. ¿Le ha informado un médico u otro profesional médico a la mujer embarazada de la fecha prevista de su parto? Sí No
 - c. Fecha prevista del parto: ____/____/____ (MM/DD/AÑO)
 - d. ¿Cuántos bebé van a nacer? _____
 - e. ¿Es el primer embarazo de ella? Sí No
 - f. Nombre del padre: _____
 - g. ¿Vive el padre del bebé con usted? Sí No
 - h. Si la mujer embarazada tiene menos de 18 años de edad, díganos con quién vive: Marque todas las aplicables: Su madre/padre/sus padres El padre del bebé no nacido, Sola, Otro(s)

 - i. ¿Desea una referencia a una Enfermera de Salud Pública para la educación prenatal? Sí No

Indique todos los miembros del hogar que estén casados: _____

- 38. ¿Tiene alguna persona en su hogar Acompañamiento Médico o Contrato de Asistencia? Sí No
- 39. ¿Se ha diagnosticado un menor en su hogar, con menos de 18 años, con alguna condición médica? Sí No
De ser así, indique el nombre del/de los menor(es) y la(s) condición(es) médica(s) diagnosticada(s):

40. ¿Tiene alguien en el hogar cobertura por medio de un seguro médico o un seguro de asistencia a largo plazo?

Sí No

De ser así, favor de indicar en la tabla a continuación:

Nombre el Miembro del Hogar	Tipo de Seguro	Nombre de la Compañía de Seguros	Número de Póliza	Número Colectivo

41. ¿Ha tenido alguien en el hogar cobertura por medio de un seguro médico o un seguro de asistencia a largo plazo que se haya acabado en los últimos 30 días? Sí No De ser así, ¿tipo de seguro? Médico o Asistencia a Largo Plazo:

Nombre del Miembro del Hogar	Fecha en que Seguro Se Acabó	Motivo de la Terminación del Seguro

42. ¿Ha tenido alguien en el hogar cobertura por medio de un seguro médico o un seguro de asistencia a largo plazo que se haya acabado en los últimos 30 días? Sí No De ser así, ¿tipo de seguro? Médico o Asistencia a Largo Plazo:

Nombre del Miembro del Hogar	Fecha en que Seguro Se Acabó	Motivo de la Terminación del Seguro

De ser así, favor de indicar a continuación el importe bruto (antes de restar impuestos o deducciones) y el/los tipo(s) de ingresos ganados por la familia en los últimos 3 meses:

Importe Bruto	Tipo
Último Mes: \$	
Hace 2 Meses: \$	
Hace 3 Meses: \$	

43. ¿Ha servido alguien en su hogar en las Fuerzas Armadas? Sí No

De ser así, nombre del/de los miembro(s) del hogar: _____

44. ¿Es alguien en el hogar persona a cargo (dependiente) de un/a Veterano/a? Sí No

De ser así, relación con el/la Veterano/a: Esposo/a Hijo/a Madre/Padre

Nombre del/de la Veterano/a: _____, Número de reclamo del/de la Veterano/a:

AUTORIZACIÓN DE FACILITAR INFORMACIÓN

A efectos de determinar la elegibilidad, yo le permito a cualquier persona en posesión de alguna información sobre mí o sobre otros miembros del hogar facilitar cualquier información solicitada, incluyendo información confidencial, a cualquier agente autorizado del Estado de Wyoming o del gobierno federal. Además me comprometo a proporcionar la información necesaria para verificar cualquier declaración hecha en esta solicitud, a actualizar información sin retraso y a cooperar plenamente con los funcionarios del Estado de Wyoming en las investigaciones basadas en esta solicitud o en la información que ella contiene. La información en esta solicitud se puede reenviar a las agencias federales y estatales, así como a las agencias privadas de cobro, a efectos de tomar medidas de cobro contra las personas que hayan participado de forma fraudulenta en o que hayan dado información falsa con el motivo de establecer su elegibilidad para estos programas. Una copia de esta autorización tiene la misma validez que el original.

Yo certifico que he leído este formulario, o que se me ha leído a mí, y que la información proporcionada en este formulario es verdadera y correcta. Reconozco que la información se ha dado voluntariamente y que la falta de información requerida podría afectar la elegibilidad para ciertos programas. Consiento en dar información en el caso necesario para verificar las declaraciones hechas en este formulario. Le doy autorización al DFS para que haga una investigación con personas, compañías, instituciones financieras u otras agencias para obtener información adicional o verificar mis declaraciones. Le avisaré a POWER y verificaré cualquier cambio inmediatamente después de descubrirlo o dentro de diez (10) días en el caso de beneficios relacionados con el Cuidado Infantil, recibidos por EqualityCare (programas para Ancianos, Ciegos o Discapacitados) y por SNAP. Reconozco que la información que he dado en este formulario puede resultar en cambios a mis beneficios, incluyendo una reducción en o la pérdida de los beneficios. Declaro que la identidad de los menores de edad identificados en este formulario es verdadera y correcta.

FIRME Y FECHA LA SOLICITUD AQUÍ

Firma del/de la Solicitante: _____ Fecha: _____

Firma (Esposo/a, Tutor Legal u Otro Adulto): _____ Fecha: _____

Firma (Esposo/a, Tutor Legal u Otro Adulto): _____ Fecha: _____

Firma del Representante Autorizado: _____ Fecha: _____

Firma del Representante Autorizado: _____ Fecha: _____

Firma del/de la Trabajador/a: _____ Fecha: _____

